Rok XL. Kraków, 28 Września 1901. Nr 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

O próbach zastąpienia jodoformu węglem [1].

Podał

Dr. Artur Frommer

lekarz oddziału.

Ze wszystkich środków odkażających, używanych w teraźniejszej chirurgii, nie wiele utrzymało się przez tak długi czas na swem wybitnem, poczęści swoistem stanowisku jak jodoform. Pomimo, że używany początkowo w nadmiarze, lub nieodpowiednio przygotowywany (wyjaławiany wraz z gliceryną), wywoływał bardzo często objawy ciężkiego zatrucia, pozostał przecież do dzisiejszego dnia lekiem swoistym, niczem nie dającym się zastąpić w niektórych chorobach chirurgicznych. Jako jedną z ostatnich prób wyrugowania jodoformu w leczeniu gruźlicy kości i stawów uważać należy propozycyą A. Fränkla używania węgla kostnego. [2])

Zmiany drobnowidowe, występujące w ścianach ropni gruźliczych po kilkakrotnem użyciu jodoformu, polegają, jak wiadomo, na wytwarzaniu się wypociny drobnokomórkowej w tkance gruźliczej. Równocześnie powstaje przez bujanie komórek wrzecionowatych nowa bardzo dobrze unaczyniona tkanka ziarninowa, która tkankę gruźliczą, uległą zwyrodnieniu tłuszczowemu i obumarciu, coraz bardziej wypiera. Po zniknięciu gruzełków naczynia w nowej tkance zanikają, tkanka ziarninowa wraz komórkami wrzecionowatemi zmienia się w tkankę łączną. Z tą chwilą ustaje tworzenie się nacieku, treść ropnia ulega wessaniu, a ściany zaciągają się bliznowato.

Chcąc wytłómaczyć to działanie jodoformu, nie będącego według badań bakteryologów, przetworem odkażającym, przeprowadził Fränkel szereg badań nad zmianami drobnowidowemi, wywołanemi z jednej strony przez jodoform, z drugiej strony przez użycie innych chemicznie obojętnych ciał w stanie sproszkowanym.

Doświadczenia swe przeprowadzał na świnkach morskich, którym wycinał kawałki tkanki podskórnej, długie na 4—5 ctm. W jednę z tych ran wsypywał jodoform krystaliczny, lub sproszkowany, w inne zaś węgiel lipowy, kostny, lub nasienie widłaka *(lycopodium)*, zarówno wyjałowione, jak i nie. Rany te zaszywał i posypywał warstwą tego samego proszku. Wszystkie te rany goiły się przez rychłozrost w ciągu 8—14 dni, poczem wycinał świeże blizny i badał je mikroskopowo. Rany, leczone jodoformem, wykazywały po ośmiu dniach w górnych swych warstwach wydzielinę obfitą, włókienkoworopną, ze znacznym rozpadem jąder ciałek białych. W dalszych warstwach znajdował autor utkanie, złożone z komórek wrzecionowatych z licznemi, nowoutworzonemi naczyniami, ciałkami białemi, głównie wielojądrzastemi. Tkanka mięśniowa, znajdująca się obok, była rozsunięta naciekiem drobnokomórkowym i pasmami tkanki łącznej. Prócz tego znajdowały się tu na granicy tkanki łącznej i mięśni komórki olbrzymie. W środku komórek olbrzymich widoczne były czasem kryształki jodoformu.

Preparaty zaś z blizn starszych, bo pochodzących z ran, zadanych przed 14 dniami i również leczonych jodoformem, różniły się tem, że warstwy komórek wrzecionowatych ugrupowały się w pasma typowej tkanki łącznej, a pomiędzy niemi widać było znacznie więcej komórek olbrzymich, niż poprzednio.

Badania swoje uważał Fränkel jako potwierdzenie dawniejszych prac Büngnera i Hasnera, które przypisywały jodoformowi wybitną własność przyciągania ciałek białych i wywoływania odczynu zapalnego, a w następstwie tego wytworzenia się pasm tkanki łącznej.

Obecność kryształków jodoformu w głębi komórek olbrzymich uważa Fränkel za dowód, że jodoform działał tu głównie jako ciało obce, zwłaszcza że preparaty, wycięte z ran, leczonych przez zasypywanie wyjałowionym węglem dawały prawie takie same obrazy z tą tylko różnicą, że wypociny włóknikoworopnej prawie wcale nie dostrzeżono. Wskutek tego przypuszcza on, że przebieg gojenia się tych ran nie zależy od swoistego działania jodoformu lub węgla, lecz jest tylko wynikiem mechanicznego działania tych substancyj, jako ciał obcych. Obecność wydzieliny włóknikoworopnej tłómaczy autor wprowadzeniem drobnoustrojów do tkanek, wraz z wyjałowionym węglem lub jodoformem.

Ponieważ najważniejszym objawem wyleczenia ognisk gruźliczych jest zastąpienie ich przez tkankę łączną, a własność wytwarzania tkanki łącznej naokoło siebie posiadają, zdaniem Fränkla, w równej mierze ciała chemicznie obojętne, a dla ustroju nie trujące, jak jodoform, który niejednokrotnie sprowadza objawy ciężkiego zatrucia, przeto zaleca on zamiast jodoformu używanie przy chirurgicznem leczeniu gruźlicy stawów i kości przetworów węgla kostnego, a mianowicie proszku węglowego, gazy węglowej i mięszanki węglowo-glicerynowej. Z przetworami tymi przeprowadził on szereg prób na swoich chorych, usuwając ile możności jak najdoszczętniej, według postępowania Billrotha, tkanki schorzałe n. p. przy ropniach gruźliczych, poczem do powstałych ran wlewał wyjałowioną, 10% zawiesinę glicerynową

[1]) Według wykładu na XI Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

[2]) Ueber Jodoformwirkung und Jodoformersatz. (Wiener klin. Wochenschrift 1900 Nr. 47).

węgla kostnego. Rany następnie szczelnie zaszywał i okładał gazą węglową. Pierwszy opatrunek pozostawiał o ile tylko można było najdłużej. Rany po większej części goiły się przez rychłozrost. Wywody swoje popiera autor historyami chorób w 21 przypadkach.

Zachęcony przez szefa mojego, Prof. - Dr. Trzebickyego, przedsięwziąłem szereg doświadczeń na chorych oddziału chirurgicznego.

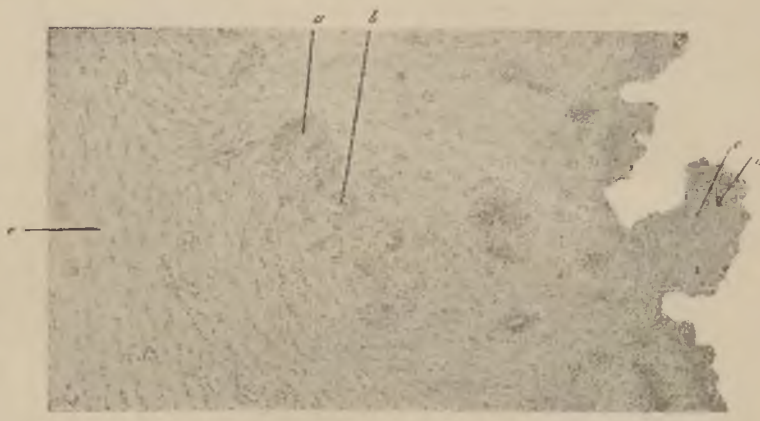
Oczywiście jednak, jeżeli chodzi o zastąpienie jodoformu jakimś innym przetworem, to należy podać środek taki, który nada się do zastąpienia jodoformu we wszystkich formach jego użycia. W pierwszym rzędzie musieliśmy tedy wypróbować, czy węgiel zdoła dorównać działaniu jodoformu w dominującym jego dziś sposobie użycia, t. j. w formie wstrzykiwań miąższowych w gruźlicy stawów i kości i to bez względu, czy staw przez sprawę chorobową był już otwarty, czy też cierpienie nie doprowadziło jeszcze do wytworzenia przetoki. Badania swe prowadziłem na szeregu rozmaitych przypadków gruźlicy, zarówno już operowanych, jak i wcale dotąd nie leczonych. Nie ograniczyliśmy się do samej gruźlicy kości i stawów, ale stosowaliśmy również węgiel w zropiałych chłoniakach na szyi, zwłaszcza po ich usunięciu zapomocą ostrej łyżeczki.

Wyniki osiągnięte były mało zadawalniające. W przypadkach czystej gruźlicy stawów, bez przetok, powstawał po zastrzyknięciu silny obrzęk stawu, połączony z bólem. Ciepłota wahała się przez kilka dni między 38°—39°. Stan ten zapalny trwał po zastrzyknięciu blisko 2 tygodnie. W kilku przypadkach nawet powstał ostry ropień, który zmuszeni byliśmy przeciąć. W przypadkach z przetokami ropień ten powstawał z reguły. Najlepsze stosunkowo wyniki mieliśmy przy zastosowaniu węgla według zasad autora, w następowem leczeniu atypowych resekcyj stawów i wyłyżeczkowaniu zropiałych gruczołów. I tu jednak wynik był mniej zadawalniający, szczególnie w leczeniu gruczołów zropiałych, gdyż powstawały wybujałe ziarniny barwy nieżywoczerwonej, z pod których wydzielała się przez dłuższy czas ropa.

W oddziele naszym używamy oddawna tylko zachowawczego sposobu leczenia gruźlicy kości i stawów, a to przez wstrzykiwanie miąższowe niewyjałowionej mięszanki jodoformowo-glicerynowej. Wyniki osiągnięte zapomocą mięszanki węglowej nie dorównywały pod żadnym względem zwykłym naszym wynikom, osiągniętym za pomocą jodoformu. Po używaniu mięszanki jodoformowej nie widzieliśmy prawie nigdy pogorszenia, jak to niestety po zastrzyknięciu węgla bardzo często się zdarzało.

Jeżeli wyniki nasze nie odpowiadały wywodom teoretycznym Fränkla, to dopatrywać się przyczyny tego należy głównie w tem, że Fränkel zasypywał węgiel w tkankę zdrową, żywotną, wskutek czego występywało bujanie tkanki łącznej na około ciała obcego, jakiem jest węgiel. Nieuwzględnił jednak Fränkel tego, że w tkance gruźliczej, z powodu zmian w naczyniach, siła żywotna tej tkanki jest prawie zniesiona. Jako ilustracya tego faktu może posłużyć preparat z amputowanej kończyny dolnej, leczonej poprzód wstrzykiwaniami węglowemi. Chora zgłosiła się ze zmianami gruźliczemi w stawie skokowym nogi prawej i z ropniem zimnym obok kostki wewnętrznej bez przetok. Po wstrzyknięciu mięszanki węglowej powstał otwór, z którego wydobywała się znaczna ilość ropy. Powstały w pobliżu ropień musiano przeciąć. Próbowano jeszcze miąższowych wstrzykiwań mięszanki węglowo-glycerynowej naokoło stawu, lecz bez skutku. Wobec znacznego ropienia musiano przystąpić do amputacyi. Po otworzeniu chorego stawu przekonano się o zniszczeniu częściowem kości skokowej, przyczem stwierdzono daleko sięgający naciek ropny. W tkance chorej znajdowały się już gołem okiem widzialne cząstki węgla.

Tkankę ustalono i poddano badaniu drobnowidowemu.



Załączony rysunek przedstawia obraz obserwowany pod drobnowidem: W środkowej części preparatu znajduje się tkanka z wybitnemi zmianami gruźliczemi (liczne nacieki drobnokomórkowe *(a)*, zmiany w naczyniach *(b)*. Warstwa wewnętrzna *(c)* jest obumarłą, a wśród niej znajdują się gdzieniegdzie grudki węgla *(d)*, nie wywołujące najmniejszego odczynu żywotnego. Na zewnętrznej powierzchni widzimy tkankę względnie zdrową *(e)*.

Jestto więc dowodem, że w dalej posuniętych zmianach gruźliczych ciała obce, obojętne chemicznie, nie są zdolne do wywołania bujania tkanki łącznej i wyleczenia w ten sposób zmian chorobowych. Przy stosowaniu preparatów węglowych, a szczególniej przy zastrzykiwaniu mięszanki węglowo-glicerynowej, spotykamy się jeszcze z niebardzo miłym dodatkiem, t. j. z następową pigmentacyą skóry, która szczególnie na twarzy, ze względów kosmetycznych, może być bardzo przykrą.

O ile chodzi o usunięcie niebezpieczeństwa zatrucia jodoformem, to istnieje ono przy umiejętnem posługiwaniu się tym środkiem głównie tylko przy używaniu mięszanki jodoformowo-glicerynowej wyjałowionej lub stojącej dłuższy czas na świetle słonecznem. Badania nasze, przeprowadzone przed dwoma laty na materyale oddziału chirurgicznego[3]) z powodu przypadków zatrucia, skłoniły nas do użycia mięszanki niewyjałowionej. Wyniki osiągnięte niepozostawiały nic do życzenia. Odczyn ogólny i miejscowy przebiegał jak najłagodniej. Obawy następczego zakażenia okazały się zupełnie płonne. Robiąc zastrzykiwania miąższowe mięszanką niewyjałowioną, z zachowaniem tylko zwykłych ostrożności, w liczbie około tysiąca, spotkaliśmy się tylko z kilku przypadkami miejscowego zakażenia wzdłuż przebiegu kanału wkłócia *(Stichkanaleiterung)*. Po użyciu powyżej wymienionej mięszanki zauważyć można wydzielanie się jodu w moczu przez dwa do trzech tygodni. Świadczy to o tem, że mięszanka owa rozkłada się do pewnego stopnia w ustroju, na

[3]) O zatruciach przy używaniu mięszanki jodoformowej Dr. Frommer i Dr. Panek. »Medycyna« 1899.

wolny jod, lub połączenia organiczne jodu, wywierając w ten sposób swój leczniczy wpływ, zapobiegający miejscowo szerzeniu się gruźlicy nietylko wskutek działania jodoformu, jako ciała obcego, lecz także z powodu jego chemicznych własności. Tak często spostrzegane po wstrzykiwaniach miąższowych mieszanki jodoformowo-glicerynowej polepszenie się odżywienia chorego i podniesienie się jego ogólnego stanu możnaby z łatwością odnieść poczęści do poprawy zmian miejscowych, poczęści do działania ogólnego wessanych połączeń organicznych jodu, które tak długi czas, dwa do trzech tygodni, drogą nerek się wydzielają. Jestto także chyba tylko jeden powód więcej, przestrzegający przed zbytnią skwapliwością w usiłowaniach zastąpienia jodoformu jakiemś ciałem chemicznie obojętnem.

Jedynie tam tylko węgiel okazał się nieszkodliwym, a właściwie zupełnie obojętnym, gdzie go stosowano na tkanki zdrowe po zupełnem usunięciu ognisk gruźliczych, — ale bo też tam zastosowanie jego było zbyteczne.

Wobec tych mało zachęcających wyników naszych doświadczeń z węglem, zwłaszcza w formie wstrzykiwań miąższowych zawiesiny glicerynowo-węglowej, zaprzestał szef oddziału prof. Trzebicky dalszych prób z tym preparatem i wrócił do względnie pewnego w swym działaniu jodoformu.

W końcu uważam sobie za miły obowiązek złożenia prof. Trzebickyemu serdecznego podziękowania za zachętę do niniejszej pracy, udzielone wskazówki i odstąpienie potrzebnego materyału.

II. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii

Nadnercze. — Szpik kostny. — Inne narządy. — Uwagi końcowe.

Skreślił

Doc. Dr. L. Korczyński.

(Dokończenie).

Daleko idących wniosków ze wszystkich tych badań wysnuwać naturalnie nie można; ale w każdym razie wyniki ich wskazują, że przez wprowadzenie przetworów szpiku zarodkowego wywołać się dają pewne zmiany w niektórych czynnościach fizyologicznych. Najbliżej obchodzi nas siłą rzeczy wpływ szpiku na skład krwi. Co do ciałek białych, to wpływ ten nie jest, jak się zdaje, wyłączny, gdyż dostrzedz go można także po spożyciu większej ilości pokarmów białkowych, lub po wstrzykiwaniach roczczynów ciał białkowatych, zwłaszcza nukleiny. To właśnie ciało, znajdujące się w znacznej ilości w szpiku kostnym, działa prawdopodobnie na ciałka białe. Natomiast co do ciałek czerwonych przyjąć trzeba działanie swoiste i to działanie doraźne i trwałe. Pierwsze objawia się wstępowaniem do obiegu krwi w większej ilości krwinek, najprawdopodobniej z narządów krwiotwórczych; drugie silniejszem i obfitszem tworzeniem się ciałek czerwonych. Obu tych zjawisk nie można inaczej tłómaczyć, jak tylko przyjąwszy zjawianie się pewnego rodzaju podrażnienia właściwej tkanki narządów krwiotwórczych, wśród nich szpiku czerwonego, przez istotę, zawartą w samym szpiku i w jego wyciągach. Podrażnienie to sprowadza z jednej strony zwiększoną emigracyę ciałek czerwonych do naczyń krwionośnych, z drugiej zwiększoną ich produkcyę. Ponętną byłoby rzeczą pójść dalej jeszcze w teoretycznych wywodach i przypuścić w szpiku kostnym obecność jakiegoś związku, który stanowi rodzaj podniety dla spraw fizyologicznych, odbywających się w narządach, w których się tworzą czerwone ciałka krwi, przypuścić dalej, że ta właśnie istota pośredniczy w przyswajaniu materyałów, potrzebnych do wytwarzania krwinek, że pośredniczy we wprowadzaniu ich do naczyń krwionośnych. Gdzie się ona wytwarza, czy w śródbłonku naczyń włosowatych szpikowych, czy powstaje z rozpadu zużytych ciałek, czy wydzielają ją jąderka ciałek czerwonych, opuszczające według teoryi Bizzozera i Rindfleischa dojrzałe już ciałka, — o wyjaśnienie tego wszystkiego próżno byłoby się kusić. Ale skoro we wszystkich sprawach fizyologicznych i biologicznych są urządzenia, regulujące pracę i produkcyę, to i tu jakieś być muszą koniecznie.

Zwiększone wydzielanie bezwodnika kwasu węglowego, spostrzegane po wstrzykiwaniach wyciągów szpikowych, skłonny byłbym uważać za następstwo erytrochemotaksy, jakkolwiek staję w ten sposób w sprzeczności z dotychczasowymi poglądami na wzajemny stosunek między wymianą gazów a ilością ciałek czerwonych, opartymi na doświadczeniach Chwostka [48]), Krausa [49]), Thiela i Nehringa [50]). Badania gazometryczne wszystkich tych autorów wykazują, że w rozmaitych stanach niedokrewności odbywa się utlenianie w sposób zupełnie prawidłowy, że ustrój w jednostce czasu przyswaja te same ilości tlenu i wydziela te same ilości bezwodnika kwasu węglowego, co w stanie fizyologicznym. Sprzeczność ta jest jednak w istocie rzeczy tylko pozorna. U osób niedokrewnych nastawać musi bezwarunkowo na innej jakiejś drodze unormowanie dowozu i wywozu gazów, jeśli ma być utrzymana konieczna równowaga wymiany pierwiastków. Pracę taką, poniekąd zastępczą, obejmują, jak to niewątpliwie bardzo słusznie podnosił Jürgensen, płuca i serce. Przez częstsze ruchy i przez szybszą czynność serca wyrównywują się różnice, wymiana gazów odbywa się skutkiem tego w podobny sposób, jak w warunkach fizyologicznych. Jeśli jednak w obieg krwi wejdzie nagle większa ilość zdrowych ciałek czerwonych, o których żadną miarą przypuścić nie można, że krążą bezczynnie w osoczu, to zupełnie naturalnem następstwem tego wydaje się być zwiększone pochłanianie, a następnie zużywanie tlenu, tem samem zwiększone wydzielanie bezwodnika kwasu węglowego. Przy dłuższem podawaniu szpiku kostnego zależeć to może także od innych warunków: od zwiększenia się ilości czynnych komórek w tkankach i narządach, może i od większej życiowej energii tych komórek. Szybsze i obfitsze spalanie się jest prostem następstwem większej masy, w której odbywa się przemiana pierwiastków. Że rzecz tę wolno w taki sposób pojmować, dowodzi lepszy rozwój zwierząt, żywionych zarodkowym szpikiem, większa ich żywotność i ruchliwość, oraz wyniki oznaczeń przemiany istot azotowych, wykazujące obfitsze zatrzymywanie białka, które w ustroju młodym nie pozostaje zapewne martwą istotą, lecz służy jako twórczy materyał do budowy komórek.

Nie wchodząc już dalej w teoretyczne wywody i w tłó-

[48]) Chwostek i Kraus: Wiener med. Wochschft. 1891.
[49]) Kraus: Zeitschft. f. kl. Med. 1893.
[50]) Thiel i Nehring: Zeitschft. f. kl. Med. 1896.

maczenia faktów, a licząc się tylko z wynikami badań fizyologicznych, zaznaczyć możemy, że zyskujemy w nich zupełnie racyonalne podstawy dla uzasadnienia terapii szpikowej. Najwłaściwszem dla niej wskazaniem wydają się być te z chorób krwi, w których niedostateczna jest czynność narządów krwiotwórczych, lub gdzie zależy na zwiększeniu czynności fizyologicznej celem szybszego usunięcia zmian w mięszaninie krwi. Mieć tu można na myśli głównie dwie choroby: bledniсę i niedokrewność lżejszego stopnia, wywołaną bądź to utratą krwi, bądź też zjawiającą się po dłużej trwających chorobach zakaźnych. Na drugiem dopiero miejscu postawićby można niektóre zboczenia i choroby ogólne, w których za cel leczenia uważamy podniecenie żywotności tkanin i ożywienie przemiany pierwiastków.

Klinicznie wyzyskiwano działanie zarodkowego szpiku kostnego na większą skalę tylko w pierwszym zakresie, stosując go w chorobach krwi. Najlepsze wyniki osiągano w błednicy. Wspomina o tem Billings [51]), Dickson Mann [52]), Combé [53]), Bars [54]), Drummond [55]) i in. Za tem samem przemawiają także i moje spostrzeżenia, poczynione tak w klinice lekarskiej, jako też w praktyce prywatnej. W kilku przypadkach, w których nie działały najrozmaitsze przetwory żelaziste, okazał się skutecznym zarodkowy szpik kostny. Dobry skutek w niedokrewności następowej spostrzegali Frazer [56]), Dickson Mann [57]), i in. Zwolennikiem terapii szpikowej jest między innymi Prof. Kraus [58]) z Gracu, który radzi podawać szpik kostny razem z innymi przetworami leczniczymi, jak żelazo i arsen.

W cięższych chorobach krwi, jak w białaczce i niedokrewności złośliwej, w ciężkich przypadkach niedokrewności następowej, w tak zwanej *anaemia gravis*, okazywał się szpik kostny zawsze bezskuteczny, a z zawodem leczniczym spotkaliśmy się i w naszej klinice w przypadku białaczki śledzionowo-szpikowej, tak samo, jak Wheit [59]) w tej samej chorobie, a Goldscheider [60]), Billings [61]) Hunt [62]) i inni w niedokrewności złośliwej.

Oprócz w chorobach krwi, podawaliśmy [63]) w klinice krakowskiej szpik kostny także w kilku przypadkach moczówki cukrowej, osiągając przytem pewną poprawę stanu ogólnego. Na sprawę chorobową, jako taką, szpik kostny zupełnie nie działał.

Wiecej empiryczne są próby T. M. Allisona [64]) który stosował, rzekomo z dobrym skutkiem, szpik w jednym przypadku rozmiękczenia kości. Potwierdzenia spostrzeżeń tego autora nie spotykamy nigdzie w bieżącej literaturze. W ten sam sposób pojmować także trzeba próbę empirycznego leczenia plamicy krwawej, podjętą przez Wojnicza [65]). Tu jednak, wnosząc z opisu przypadku, przyjąć trzeba z pewnem prawdopodobieństwem działanie korzystne.

Na szpiku kostnym kończy się szereg narządów, badanych dokładniej, a stosowanych w celach leczniczych na pewnych naukowych podstawach i z pewną krytyką. Nie jest to jednak wszystko. Oprócz wymienionych i omówionych przetworów mamy co najmniej taką samą jeszcze ilość innych, nie badanych prawie zupełnie w myśl zasad organoterapii, a jednak polecanych i reklamowanych, zwłaszcza w czasach, kiedy w niektórych kołach, jednak nie lekarskich, panował, że się tak wyrażę, jakby szowinizm organoterapeutyczny, objawiający się między innymi niepomierną ilością anonsów o przetworach leczniczych, wyrabianych z narządów zwierzęcych w rozmaitych fabrykach i pracowniach farmaceutycznych.

Wszystkie te inne narządy razem wzięte nie zdobyły uznania i nie rozpowszechniły się, nie mają tem samem i dla nas znaczenia; kilka uwag poświęcimy niektórym z nich li tylko dla zaokrąglenia całości.

Na pierwszem miejscu wspomnimy o śledzionie. Wpływ wyciągów, otrzymywanych z tego narządu badali Sziperowicz [66]), Goldscheider i Jacob [67]). Pierwszy z nich spostrzegał jako następstwo wstrzykiwań do jamy otrzewnowej powiększanie się ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny, dwaj drudzy stwierdzili po wstrzykiwaniach podskórnych krótkotrwałą leukopenię z następową hiperleukocytozą. Ciekawe są dalej rozbiory moczu, wykonywane przez Krügera [68]) w przypadku leukemii, w którym Goldscheider [69]) i Jacob stosowali wyciągi śledzionowe. Wynika z nich, że po każdem wstrzyknięciu pojawiał się w moczu w obfitszej ilości kwas moczowy, składnik, wydzielający się w białaczce wogóle obficiej. W myśl teoryi Horbaczewskiego, przyjmującej, że ciała, należące do grupy kwasu moczowego i zasad ksantynowych, tworzą się z nukleiny, powstającej z rozpadu ciałek białych, przyjąćby trzeba, że wyciągi śledzionowe zwiększają w przebiegu białaczki rozpad ciałek białych, że więc przez stosowanie ich powieść się może sprowadzenie bardziej prawidłowego stosunku morfotycznych składników w krwi bielizej. Rozumowanie to okazało się jednak mylnem. Śledziona nie wywierała leczniczego wpływu ani w przypadku Goldscheidera, ani też w przypadku spostrzeganym w naszej klinice lekarskiej [70]). Podobnie niepomyślnie brzmią także sprawozdania o wpływie śledziony na rozmaite postacie niedokrewności. Wood [71]) podawał jeszcze śledzionę w znacznej liczbie przypadków choroby Basedowa, z tych w jednym tylko miała nastać pewna poprawa w nasileniu objawów chorobowych.

Wątrobą zajmowali się między innymi Gilbert i Carnot [72]), i badali wpływ jej na przebieg moczówki cukrowej. Otrzymane przez nich wyniki były nader różne, a

[51]) Billings: Schmidts med. Jahrb. T. 247.
[52]) Dickson Mann: Semaine med 1894.
[53]) Combé: Semaine med. 1895.
[54]) Barrs: *Ibidem.*
[55]) Drummond: Brit. med. Journ. 1895.
[56]) Frazer: Semaine med. 1895.
[57]) Dixon Mann: *L. c.*
[58]) Kraus: Handbuch d. prakt. Med. T. 2. Stuttgart 1900.
[59]) Wheit: Schmidts. med. Jahrb 1897. T. 55.
[60]) Goldscheider: Deutsche med. Wochschft. 1894.
[61]) Billing: Schmidts. med. Jahrb. T. 247.
[62]) Hunt: Schmidts. med. Jahrb. T. 255. 1897.
[63]) L. Korczyński: Wiener med. Presse. 1900. Nr. 23—29.
[64]) T. M. Allison: Schmidts. med. Jahrb. 1896. T. 251.
[65]) Wojnicz: Medycyna. 1897. S. 1007.
[66]) Sziperowicz: Por. L. Korczyński. *L. c.*
[67]) Jacob: Verhandl. d. physiolog. Gesellsch. zu Berlin 1893.
[68]) Krüger: Deutsch. med. Wochschft. 1894
[69]) Goldscheider: *Ibidem.*
[70]) L. Korczyński: *L. c.*
[71]) Wood: Centrblt. f. inn. Med. 1897. S. 1197.
[72]) Gilbert i Carnot: Semaine med. 1897. S. 189.

wogóle bardzo niestałe. W znacznej większości przypadków nie można było dostrzedz żadnego wpływu takiego leczenia na wydzielanie cukru. W kilku tylko i to w tych, w których stwierdzono znaczne powiększenie wątroby i śledziony, spadała ilość cukru bardzo znacznie w czasie podawania wątroby w postaci lewatyw, a podnosiła się po jej usunięciu. Doświadczenia, przedsiębrane przez tychże autorów na zwierzętach, wykazywały nieznaczny wpływ wstrzykiwań śródżylnych wyciągów wątrobowych na cukromocz, występujący po znanem ukłuciu Cl. Bernarda, wpływ wybitniejszy na wydzielanie cukru w cukromoczu florydzynowym, oraz w cukromoczu, zjawiającym się po wstrzykiwaniach cukru do żył. Znacznie większy zakres objął Jeż [73]), który do swych doświadczeń używał surowego soku, wyciśniętego z wątroby, wyciągów wodnych, glicerynowych i wyskokowych, oraz suszonej i sproszkowanej wątroby. Doświadczenia te noszą wybitną cechę prób czysto empirycznych, przedsiębranych w najrozmaitszych chorobach, jak w marskości wątroby, w durze i w ozdrowinach po durze brzusznym, w zapaleniu płuc, nawet w ostrym gośćcu stawowym. Wyniki wszędzie i pod każdym względem były najzupełniej ujemne.

Z pośród narządów jamy brzusznej zwracała na siebie uwagę jeszcze trzustka z powodu związku, zachodzącego między jej schorzeniami, a występowaniem moczówki cukrowej. Były więc wcale ścisłe podstawy do przypuszczenia, że trzustka może być w tej chorobie skutecznym lekiem. Niestety jednak nie potwierdziło doświadczenie tych przypuszczeń. W przypadkach Golscheidera [74]), Combyego [75]) i wielu innych okazało się leczenie trzustkowe zupełnie bezskuteczne.

Poważnie, jakkolwiek zawsze bardzo krytycznie zapatrywać się trzeba na próby leczenia niektórych schorzeń układu nerwowego, przedewszystkiem nerwic ogólnych, zapomocą wyciągów, otrzymywanych z mózgu i nerwów, rozpoczęte przez Babesa, a następnie na większą skalę podjęte przez Constantina Paula. Przypadają one na wczesny okres w rozwoju organoterapii i są prawie równoczesne z doświadczeniami Brown-Séquarda i Poehla. Czytając nader korzystne oceny o działaniu cerebryny i neuryny, pochodzące z tych czasów, mimowoli podejrzywać musimy bardzo wiele poddawania i u chorych i u lekarzy, którzy leczenie stosowali.

Dwa ostatnie wymienione narządy stanowią jakby rodzaj przejścia, nie chrononologicznego lub rzeczowego, ale przejścia w stopniowaniu krytyki, do wszystkich innych narządów, zachwalanych i reklamowanych przeciwko najrozmaitszym chorobom. Należą tu: nerki, stosowane w chorobie Brighta, a nawet w padaczce, serce — jako wyciąg, pod nazwą kardyny, w chorobach serca; wyciąg ze sutek w chorobach kobiecych; gruczoły chłonne w zołzach; gruczoł krokowy w przeroście tegoż gruczołu i t. d. Wartość tych wszystkich poleceń jest zupełnie nikła.

A teraz na zakończenie parę jeszcze uwag ogólniejszej przyrody.

Rozpoczynając rzecz o organoterapii, zaznaczyliśmy na wstępie, że sprawa ta nie da się zamknąć w ramach samej tylko medycyny praktycznej, ściślej biorąc samej terapii, że trzeba jej wyznaczyć granice szersze, patrzeć na nią i i oceniać ją ze stanowiska ogólniejszego. Że zdanie powyższe nie jest czczym tylko frazesem, dowodzą aż nadto dosadnie dotychczasowe zdobycze naukowe, osiągnięte przez stosowanie organoterapii, jako metody badań ścisłych. Wszak nie da się zaprzeczyć, że metoda ta nie jedną rzecz rozjaśniła, zachwiała nie jedną teoryą, obudziła nie jedną wątpliwość, wskazała w niejednej sprawie nową drogę badań, u której celu znajdzie się może rozstrzygnięcie spraw spornych, może nawet poznanie spraw nowych, poznanie spraw biologicznych, przeczuwanych zapewne, ale niezbadanych, zagadkowych.

Do niedawna jeszcze szukano wytłómaczenia dla wielu tak zwanych czynności samodzielnych wyłącznie tylko w automatycznem poniekąd działaniu układu nerwowego. Zwoje, czy komórki nerwowe stanowią w tem pojęciu ostatnie ogniwo w szeregu innych narządów, najwyższą organizacyę biologiczną; od nich wychodzą wszystkie automatyczne podniety. Kuszono się wprawdzie o odpowiedź na bardzo naturalne pytania, co dla tych zwojów stały stanowi bodziec, tworzono teorye; ale te nie trafiały tak bardzo do przekonania i również łatwo, a może łatwiej jeszcze było obalać je, niż tworzyć. To też wiele, bardzo wiele spraw było niejasnych. Że dla przykładu wymienimy sprawę krążenia i skurczów serca, sprawę oddechania, przemiany materyi i tyle innych z fizyologii. A z patologii w iluż to razach nie umiemy znaleść istotnej przyczyny schorzenia, zwłaszcza w tak zwanych chorobach ustrojowych.

Obecnie bądź co bądź skorzej przychodzi nam wyrobić sobie sąd o niejednej sprawie. Ważyć się nawet możemy na stworzenie ogólnego obrazu fizyologicznej sprawy życia i biologicznych czynności całego ustroju. Pomimo swej misternej budowy przestaje ten ustrój być fizyologiczną tajemnicą. Pojąć go można jako organizacyę, w której niema czynników bezwzględnie podrzędnych i bezwzględnie zwierzchnich. Przy całym podziale organicznej pracy wszędzie dopatrzeć, a przynajmniej domyśleć się można wzajemnych wpływów pracujących narządów; czynność i produkcya jednego wznieca energię w drugim, lub w innych, pobudza je do czynności i tak dalej bez końca w zamkniętem kole zjawisk życiowych. Nic nas przytem nie zmusza do przyjmowania, że każdy z narządów wyposażony jest zdolnością t. zw. wydzielania wewnętrznego, że wydzielina jego krąży w całym ustroju, działa bezpośrednio; wystarczy, jeśli przyjmiemy niekiedy tylko działanie pośrednie, wpływ na zakończenia nerwów, które potem dalej przenoszą udzielone im podniety. To obraz ogólny, a szczegóły? Niektóre z nich poznaliśmy już wcale dokładnie. Wiemy, że pewne narządy posiadają zdolność przyswajania pewnych związków, tworzenia pewnych ciał o złożonej budowie, których w innych tkankach nie znajdujemy, ale które dla innych tkanek stanowią bodziec, podniecający je do czynności. A więc wydzielina nadnercza wpływa na narząd krążenia i oddechania, na układ mięśniowo-nerwowy; gruczołu tarczykowego działa na sprawy odżywcze i na sprawę przemiany materyi; podobnie wpływają jajniki i przysadka mózgowa i t. d. Każda zaś z tych czynności stanowi o ogólnej równowadze biologicznej.

Do poznania tego wszystkiego przyczyniła się w wysokim stopniu organoterapia. Powinno jej to zapewnić naj-

[73]) Jeż: Przegl. lek. 1898. S. 102.

[74]) Goldscheider: Deutsche med. Wochschft. 1894. S. 375.

[75]) Comby: Progr. med. 1893.

zupełniejsze prawo obywatelstwa w rzędzie sposobów badania, zachęcić do stosowania jej w dalszym ciągu celem dokładnego poznania wielu szczegółów, dostatecznie jeszcze nie wyjaśnionych. Być może, że zajęcie się nią ożywi się teraz na nowo i w wyższym nawet stopniu, skoro można mieć nadzieję, że przez połączenie dwóch nowoczesnych prądów w badaniach ścisłych – organoterapii i seroterapii. — otworzy się nowszy jeszcze i szerszy widnokrąg.

Mniej korzystnie wypadnie ocena, jeśli na organoterapię patrzeć zechcemy ze strony praktycznej Leczenie zapomocą narządów zwierzęcych nie spełniło ani cząstki pokładanych w niem nadziei. I tam nawet, gdzie skuteczność niektórych przetworów wielokrotnie i niewątpliwie stwierdzono, nie może być mowy w przeważnej większości przypadków o trwałem wyleczeniu. Skutek czasowy, jak się okazało, stoi w ścisłym związku z pojęciem terapii substytucyjnej; nie działa ona dłużej. jak trwa samo leczenie. Ale i to już dobre tam, gdzie przedtem nic zdziałać nie było można. Żałować tylko wypada, że liczba przetworów organoterapeutycznych, o których w ten sposób wyrazić się można, tak bardzo niewielka. A jeszcze bardziej ubolewać trzeba nad tem, że brak ścisłości w badaniu i w rozumowaniu przyczynił tak wiele szkody organoterapii, rzeczy w samej sobie niepośledniej, że nieraz i na nie jednej twarzy pojawić się musiał sarkastyczny uśmiech nie dla złej zawsze woli, ale dla zbytniej łatwowierności i niewytłómaczonej sugestyi u lekarzy.

III. O »zaraath« biblii hebrajskiej.

Przyczynek do historyi trądu.

Podał

Dr. J. Fels.

(Dokończenie).

Przeszedłszy w ten sposób wszystkie ustępy biblii o „nega zaraath“ widzimy, że nie może to być jednolita choroba w naszem znaczeniu i że sam prawodawca biblijny rozróżnia kilka postaci owej „zaraath.“ Według naszych pojęć należy przez „zaraath“ rozumieć różne pasorzytnicze, zaraźliwe lub nie zaraźliwe choroby skórne. a nawet grzybki odzieży i grzyb murów. Mojem zdaniem jednakże różnemi postaciami „zaraath“ był z pewnością objęty i trąd w swych różnych odmianach, który przecież w starożytności był bardzo rozpowszechniony w krajach wschodnich. Ostre przepisy o odosobnieniu chorych na „zaraath“ zrozumiemy dopiero wtedy, gdy zważymy, że złośliwa przyroda trądu była już bardzo dawno znaną, i przejmowała jednostki jak i całe ludy wielką trwogą. Że pod nazwą złośliwą „zaraath“ objęto w biblii różnorakie schorzenia, wcale nas dziwić nie powinno, gdy sobie uprzytomnimy, że i najlepsi lekarze do niedawnych czasów zaliczali do trądu również różne przewlekłe choroby skórne, a nawet ogólne; a ścisłe i dokładne opisy trądu są zasługą dopiero najnowszych badaczy. Natomiast we wszystkich czasach mieszano formy trądu z różnemi postaciami kiły, zołzów etc.

Nawet starannie i ze znawstwem opracowane poglądy M ü n c h a[6]) nie są słuszne. Twierdzi on, że „z pewnością w dawnym Egipcie nie mógł jeszcze trąd panować, gdyż historycy musieliby przecież niejednokrotnie wspominać o chorobie, która przez straszne oszpecenie ciała wszędzie i zawsze budziła ogólny wstręt i postrach.“ A czyż nie był to wstręt i postrach przed chorymi, jeżeli ich wydalano z siedziby gminy i z zawiniętą głową zmuszano wołać przed sobą: „jam nieczysty?“ Jeżeli pierwotną siedzibą Egipcyan były Indye, gdzie trąd według wszelkich danych panował od najdawniejszych czasów, czyż mamy wątpić, że sami Egipcyanie mogli zawlec tę chorobę z miejsca pierwotnej swej siedziby?

[6]) Der Aussatz in Aegypten zu Moses Zeiten. Dermatol. Zeitschrift Bd. I, Heft 3.

Tak samo niesłuszne jest zdanie M ü n c h a, że „zaraath“ jest tylko białością skóry (*vitiligo*). Rozebraliśmy dokładnie wszystkie objawy plagi „zaraath,“ które wcale nie odpowiadają białości skóry. A wiersz 39. opiewa wyraźnie, „jeżeli mężczyzna albo kobieta dostaje b i a ł y c h lub ciemno-białych plam, to to jest wysypka, a nie zaraath, i chory jest czystym.“ Otóż raczej ten opis odpowiada białości skóry. Czyż wreszcie w białości skóry zdarza się biała w y n i o s ł o ś ć i b u j n a z i a r n i n a, jak opiewa wiersz 10. i 11. o zastarzałej „zaraath?“

Zdanie H e b r y, jakoby „zaraath“ była tylko świerzbem i kiłą również nie wytrzymuje krytyki, jak każdy czytelnik z poprzedzających wywodów mógł się przekonać.

Aby zrozumieć dokładnie tę sprawę, trzeba zresztą koniecznie wejść w ducha i oprzeć się na etymologii języka hebrajskiego, nie wystarczy zaś przeczytanie drukowanego tłómaczenia biblii. Tłómaczenia te grzeszą bowiem brakiem należytej ścisłości, jakiej właśnie wymaga rozstrzygnięcie zagadnienia naukowego. Dowolnie miesza się w nich wyrażenia liszaj, świerzb, blizna, plama, albo mięso żywe i mięso zdrowe, a w rozpowszechnionem tłómaczeniu polskiem biblii dokonanem przez Wujka[7]) „zaraath“ kilkakrotnie przetłómaczono przez wyraz „ś w i e r z b“. Z tych przeto tłómaczeń mogą powstać tylko jeszcze większe nieporozumienia, a przeczytawszy takie tlómaczenie jest się już z góry w pewnym kierunku uprzedzonym, bo jedno niewłaściwie przetłómaczone słowo może całe badanie sprowadzić na fałszywą drogę.

Niestety zdarzyło się to i znawcy języka hebrajskiego, Doktorowi S. F i n a l y w Budapeszcie[8]). Na wprost fałszywych założeniach i tłómaczeniach oparł on swoje przypuszczenie, że „zaraath„ jest wyłącznie tylko kiłą. Ponieważ בשר ma kilka synonimów: mięso, ciało, prącie, co znaczy skóra prącia i inne, twierdzi on, że tu ער בשרו i uważa cały traktat o „zaraath“ za opisy różnych postaci kiły. Przytem pomaga sobie F i n a l y zupełnie dowolnem i jego zapatrywaniom dogadzajacem, lecz wprost fałszywem tłumaczeniem wielu innych słów (נגע צרעת-wrzód kiłowy, בשר חי-kłyciny sączące, צרעת נושנת-kiła ogólna trzeciorzędna zamiast —„plaga zaraath, żywe mięso, stara albo zajadła zaraath“), a gdzie mu i to nie wystarcza, zmienia on słowa tekstu biblijnego, tłómacząc się tem, że zostały one z biegiem czasu poprzekręcane przez przepisywaczy (sofrim). Zamiast שׂער twierdzi on, że ma być שעיר, więc zamiast „włosy“ „kropla,“ a jak on twierdzi „ropa“ etc.; wogóle tłómaczy on jedno i tosamo słowo coraz inaczej, tak jak mu właśnie dla jego widzimi-

[7]) Jakób Wujek w Wągrowa 1540—1597, jego przekład biblii używany jest dotychczas.

[8]) Archiv f. Dermatologie u. Syphilis 1870 i „Ben Chananja« rocznik IX, Nr. 39.

się potrzeba i tworzy w ten sposób z przepisów biblii o „zaraath“ dokładny obraz wszelkich postaci kiły, które dopiero wytrawni badacze w nowszych czasach oddzielili i określili. Po takich wywodach może Finaly oczywiście przyjść do wniosku, że „Mojżesz jako lekarz stoi zupełnie na wyżynach najnowszej wiedzy“ (sic)! [9]) Finaly zresztą w swoich wywodach ogranicza się do pierwszych trzech ustępów traktatu biblijnego pomijając zupełnie „zaraath,“ powstały w miejscu oparzenia, „zaraath“ na skórze pokrytej włosami i na łysinach i o „zaraath“ odzieży i domów, których w żaden sposób nie mógł przekształcić na kiłę. Jeżeli Brainim [10]) uważa „zaraath“ za strupień woszczynowaty i liszaj wyłysiający, to może się to odnosić tylko do piątej postaci t. j do „zaraath“ głowy i brody.

Przytoczę jeszcze teokratyczne wywody talmudu. Plaga zaraath jest karą boską, która najpierw nawiedza dom grzesznika, a mianowicie oszczercy t. j tego, który „wyciąga złe“ u drugich. Jeżeli grzesznik nie powróci do dobrego, to zaraath nagabuje odzież, a jeżeli i teraz się nie poprawi to dotknie ona jego ciało. Odosobnienie na 7 lub 14 dni następuje dla pokuty, by chory przez ten czas modłami i ofiarami przebłagał Boga. A ponieważ „zaraath“ jest karą boską za popełnione grzechy, ma orzekać kapłan, a nie lekarz lub mędrzec, czy chory jest czysty lub nie.

Wreszcie i Glück niesłusznie twierdzi, że w biblii jest mowa o postaciach „zaraath,“ które ustępowały po siedmiu lub czternastu dniach. Biblia jedynie nakazuje kapłanom, w przypadkach wątpliwych i nie wybitnych odosobnić chorego na siedm. lub czternaście dni (dla obserwacyi), by stwierdzić, czy choroba się dalej posuwa lub nie. Również nie ma mowy o nieuleczalnych odmianach „zaraath“, a „nega zaraath“ nie znaczy „plaga ciężka, nieuleczalna,“ lecz „plaga, choroba albo wysypka zaraath“ i w całym traktacie przecież ciągle się mówi o „nega zaraath.“ O nieuleczalności lub czasie i sposobach leczenia nie ma wogóle wzmianki; są tylko przepisy dla kapłana, jak ma postąpić, gdy „zaraath“ opuści chorego, który mieszkał w odosobnieniu poza obozem (rozdział 14, wiersz 1—32). Wyleczony musi złożyć Bogu różne ofiary, włosy na całem ciele należy mu zgolić, musi się kąpać, odzież czyścić i kapłan ogłosi go czystym.

A zatem: Przez „zaraath“ biblii hebrajskiej należy rozumieć oprócz innych chorób skórnych na pewno i trąd, lecz oczywiście nie w znaczeniu najnowszych zdobyczy nauk lekarskich. Zaliczano bowiem do trądu jeszcze inne choroby skórne, a nawet ogólne, jak to się działo jeszcze przez trzy tysiące lat potem. I nie mogło być inaczej, skoro sobie uprzytomnimy, ile trudów, jak dokładnych i obszernych badań największych leprologów ostatnich czasów było potrzeba, by poznać i dokładnie wyobrębnić obraz choroby trądu. Było to tylko możebne za pomocą nadzwyczajnych wysiłków i najnowszych sposobów badania. Tym, którzy się dziwią, że w prastarej biblii hebrajskiej trąd nie jest tak dokładnie opisany, jak w najnowszych podręcznikach, pozwolę sobie zadać pytanie, czy która z innych chorób była dawniej również tak dokładnie znana, i opisana we wszystkich swych postaciach, jak obecnie?

[9]) Zresztą dziś już naukowo udowodniono, że nie Mojżesz jest autorem biblii, lecz że została ona ułożoną o wiele później, za czasów królestwa judajskiego przez kilku autorów.

[10]) Vide l. c.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Karol Rychliński. **Opieka nad umysłowo-chorymi w Europie XIX wieku.** (Odbitka z „Ateneum.“ Warszawa. 1901).

W broszurce o 80 stronach druku daje nam autor, znany ze swych prac z zakresu psychiatryi i neuropatologii, treściwy, nader zajmujący, mimo licznych a koniecznych tablic statystycznych, zaprawiony zacną tendencyą zarys opieki nad obłąkanymi w poszczególnych krajach Europy, z szczególnem uwzględnieniem opieki nad obłąkanymi w Rosyi i Królestwie. Żałować tylko z góry nam trzeba, że ta cenna praca prawdopodobnie nie rozpowszechni się przedewszystkiem, zwłaszcza u nas, w tych kołach, któreby stanowiskiem swem, wpływami itd. mogły się dosadnie przyczynić do zwrotu na lepsze w opiece nad obłąkanymi, tak wielce u nas zaniedbanej. Umieszczenie pracy tej nie w łamach zawodowego pisma lekarskiego, lecz w „Ateneum,“ dowodzi niezbicie, iż zamiarem autora, zupełnie słusznym, było, aby uwagi jego trafiły do miarodajnych sfer nielekarskich.

Jako sprawozdawca, nie mogę streszczać pracy Dr. R.: byłoby to, zwłaszcza w skróceniu, niemożliwe i bezkorzystne; zamiarem moim jest zwrócić tylko uwagę wszystkich kolegów na tę wielce aktualną, a znakomicie przeprowadzoną pracę i to tem bardziej, ile że gdzieindziej nader obfite publikacye na przerzeczony temat, u nas są zaledwie białym, krukiem.

Żałować wypada, że autor, podający tyle szczegółów co do rozwoju opieki nad obłąkanymi w Królestwie, a potem w Rosyi, Anglii, Belgii, Francyi, Włoszech, Niemczech, Skandynawii, Holandyi, Szwajcaryi, Stanach Zjednoczonych, a wreszcie w poszczególnych krajach Austryi, nie wspomina ani słowem o opiece, a raczej o zakładach, liczbie miejsc i stosunku ich do ogólnej liczby obłąkanych w Galicyi. Nie przeczę, że temat ten, odnośnie do naszego kraju koronnego, nie jest zbyt zachęcającym, skoro pod tym względem, mimo autonomii, nie przewyższamy Królestwa, jak to zresztą wynika z uwag moich, zamieszczonych w końcowych zeszytach „Przeglądu lek.“ z r. 1900, ani też może zbyt łatwym, skoro mało jest u nas w tym względzie materyału literackiego, ogólnie dostępnego; lecz zato trud autora byłby może w skutkach donioślejszym i wdzięczniejszym, niż moje słowa, które w roku zeszłym, niestety, przebrzmiały w kołach naszych posłów sejmowych bez oddzwięku!

Skoro zdanie *„nemo propheta in patria,“* niestety, zawsze jeszcze, a szczególnie u nas, znajduje poparcie i posłuch, to może zdanie Szanownego Kolegi „z za granicy“ trafiłoby prędzej i do przekonania i do serc! Do serc! bo sprawa zaniedbywanej u nas opieki nad obłąkanymi jest już nie tylko sprawą chłodnej rozwagi, lecz sprawą, poruszającą miękką strunę uczucia.

Jak już na wstępie nadmieniłem, nie jestem w stanie streścić pracy Kolegi R., ale nie mogę też pominąć sposobności, by nie powtórzyć za nim kilku jego niezbitych, niewzruszonych, a pięknych uwag. I tak, na str. 1. znajdujemy przepiękne zdanie: „zaniedbanie, w którem żyją umysłowo-chorzy i upośledzeni na umyśle, znacząc swe kroki nieraz krwią lub pożogą, a zawsze łzą i utrapieniem tych, którzy mają nieszczęście mieć w gronie swej rodziny obłąkanego, — stanowczo wymaga prędkiego usunięcia.“

Motywy dla tego wezwania do usunięcia braków w opiece nad obłąkanymi podaje R. na str. 15. „Znając trudne warunki, w jakich odbywać się musi opieka nad obłąkanym w warunkach domowych, śmiało rzec możemy, że więcej, niż drugie tyle ludzi zdrowych, ilu jest obłąkanych, poza

zakładem pracować nie może. Społeczeństwo, które nie myśli o pielęgnowaniu obłąkanych, traci ekonomicznie nie tylko tyle, ile warta byłaby praca ich, jako jednostek zdrowych, lecz traci jeszcze dwa razy więcej, odciągając od pracy osoby zdrowe, które dozorowaniem chorego zająć się muszą. Jeżeli bowiem dozoru tego brak, zagrody całe z dobytkiem martwym i żywym idą częstokroć z dymem pożaru; życie ludzi pełnych energii często skazane jest na zagładę; .... inna jeszcze strata materyalna: wiadomo, że często bardzo choroba przechodzi w stan przewlekły dla tego tylko, że chory od początku cierpienia nie był leczony.“ Motywa te są chyba niezbite, a że odpowiadają nie tak rzadkiej rzeczywistości, pouczają mnie dwa smutne zdarzenia w naszym kraju z ubiegłego lata, ogłoszone w dziennikach. Z tych jeden tkwi mi dobrze w pamięci, gdyż z polecenia Sądu zająłem się nim bliżej. Młodego wieśniaka wypuszczono z początkiem czerwca z zakładu obłąkanych „dla braku miejsca,“ jako spokojnego, bo takim był w szpitalu istotnie, lecz nie uleczonego, — a z końcem czerwca musiano go napowrót przyjąć, gdy wyrwawszy się przez rozbite przez siebie sklepienie w wiejskiej piwnicy, gdzie go z powodu groźnej po stawy zamknięto, zabił kolem własnego teścia i spalił swoją, zagrodę, przed rokiem dopiero postawioną. Panika we wsi kilkudniowa wstrzymywała ludzi od pracy w polu; nieszczęsny chory za powrotem swoim do szpitala, prócz lżejszych ran oparzelinowych, miał niemal całe ciało pokryte sińcami wskutek łowów, jakie na szaleńca urządzili przerażeni sąsiedzi. Takie przypadki, to wymowna ilustracya do znakomitych uwag autora.

Z części pracy autora, w której omawia opiekę i ustawodawstwo odnośne do obłąkanych w poszczególnych krajach Europy, nie mogę przemilczeć nader odrębnej cechy ustawodawstwa wysoko kulturalnej Skandynawii. Podczas gdy w Austryi nieuzasadniona jakaś niechęć do stanu lekarskiego objawiła się przed niedawnym czasem publicznem nawoływaniem, aby stworzyć areopag laików, któryby wydawał swą opinię o poszczególnych obłąkanych, uznanych za takich przez lekarzy, czy oni w istocie są obłąkanymi i czy opieki w zakładach potrzebują, to ustawodawstwo skandynawskie nie zna przepisów, któreby tamowały możność przyjęcia do zakładu obłąkanych człowieka zdrowego, bo wypadki takie „mogą się zdarzyć w romansach, lecz nie w życiu codziennem,“ jak to słusznie R. brak tych przepisów w Skandynawii komentuje. W Norwegii nie wydaje rząd koncesyi na zakłady prywatne; wszystkie bowiem zakłady tamtejsze są albo państwowe, albo gminne, z wyjątkiem tylko jednego prywatnego. Do przyjęcia chorego wystarcza tylko uznanie lekarza zakładu. Mimo tych pozornych luk w ustawodawstwie, nie skrzywdzono dotąd żadnego człowieka. Zasada rządu norwegskiego, „że opieki nad obłąkanymi nie należy oddawać w prywatne ręce“ jest bardzo odpowiednia, nie dla tego, żeby zachodziła obawa łatwiejszej możności karygodnego pomieszczenia w takich zakładach ludzi zdrowych na umyśle, gdyż prędzej się może zdarza, że w zakładach takich łagodzi się nieraz miano „obłąkanie“ mianem newinnem „rozdrażnienie nerwowe, nerwica itd.“, lecz dlatego, że zadaniu tak trudnemu, odpowiedzialnemu, a zarazem doniosłemu, najlepiej odpowiada powaga instytucyi publicznych, państwowych.

Znakomitą pracę autora, za którą mu się szczera wdzięczność należy, kończą wnioski, zdążające do zmiany ustawodawstwa dla obłąkanych w Rosyi, podane przez Dra Konstantinowskiego (str. 44, 45), oraz nader cenne wnioski doświadczonego w zawodzie samego autora.

Wachholz.

V. Wyciągi.

Pel (Amsterdam). **Bąblowiec płuc pod klinicznym obrazem ostrego zapalenia płuc i opłucnej.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 34, 1901). Rzadko kiedy pojawia się bąblowiec płuc wśród szczególnych znamiennych objawów; przebieg bowiem cierpienia przypomina zbyt dobrze gruźlicę, zapalenie opłucnej, a często gęsto nie można stwierdzić za życia chorego żadnych uchwytnych objawów: cierpienie jest utajone. Kliniczne bowiem oznaki bąblowca płuc, jak np. suchy, męczący lub kurczowy kaszel, czasami krwioplucie przy braku wychudnienia, brak łaknienia, ostro odgraniczone wypuklenie ściany klatki piersiowej, stłumiony odgłos wypukowy i t. d., są prawie zawsze niestałe i złudne, mogące także pojawić się w przebiegu innych chorób narządu oddechowego. Dopiero badanie pośmiertne, zabieg operacyjny lub wreszcie przekłócie próbne, wyjaśniają sprawę stwierdzając znamienne części pasorzyta. Analogiczny przypadek opisuje Pel, tyczący się 37-letniego kupca, u którego rozpoznano włóknikowe zapalenie płuc po stronie prawej w okresie rozdzielania się, suche zapalenie opłucnej, rozległy nieżyt oskrzelowy i otok opłucnowy po stronie lewej. Próbne przekłócie wykazało cuchnącą ropę, skutkiem czego wykonano nacięcie klatki piersiowej, — chory w dwie godziny po operacyi zmarł. Tak operacya jak i badanie pośmiertne stwierdziły torbiele bąblowca, szczególnie w górnym płacie prawego płuca znajdował się torbiel wielkości głowy dziecka.

Dr. Henryk Pisek.

Prof. Mendelsohn (Berlin). **Uciskowe leczenie** (*Compressionstherapie*) **chorób sercowych.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 34, 1901). Zdaniem autora uciskowe leczenie jedynie w tych tylko przypadkach chorób serca może dać korzystny wynik, które łączą się z powiększeniem serca, a więc z przerostem i rozstrzenią lewej jego komory; w zaburzeniach zaś nerwowych, w czystych wadach zastawkowych, w przebiegu których nie przychodzi do znaczniejszego powiększenia serca i w zwyrodnieniu mięśnia — nie można się spodziewać pomyślnego skutku. Inaczej rzecz się ma w przypadkach wyraźnego powiększenia lewej komory serca. Tu prawdopodobnie wchodzą w grę dwa czynniki, powodujące znane podmiotowe zaburzenia sercowych chorych: 1) rozległy i bezpośredni uraz, na który wystawiona jest ściana klatki piersiowej, skutkiem przylegającego do niej na większej przestrzeni i silniej pracującego serca: 2) podrywanie i systematyczne naciąganie wszystkich tych części, do których serce jest przyczepione, — tyczy się to szczególnie łuku tętnicy głównej, tembardziej, że serce prawie z reguły w takich razach stoi niżej i jest cięższe, posiadając przytem większą ruchomość. Wobec tego należy przyjąć, że źródło tych wszystkich podmiotowych zaburzeń, na które tacy chorzy się skarżą, nie leży w sercu, lecz w silniejszych lub słabszych drżeniach ściany klatki piersiowej, — ustalając więc od zewnątrz i w okolicy serca klatkę piersiową, usuwa się, a przynajmniej zmniejsza, te wszystkie wstrząśnienia, na które ona jest narażoną, pomimo, że same uderzenia serca nie stają się słabsze. Tego rodzaju ustalenie dokonywa się zapomocą elastycznej opaski (nakształt paska przepuklinowego), przymocowanej do całej okolicy serca. Cała więc wartość opisanej metody zasadza się na usunięciu męczących objawów podmiotowych, ale o leczeniu w ścisłem tego słowa znaczeniu mowy być nie może. Oczywiście, że nie należy przytem zaniedbywać i innych środków leczniczych.

Dr. Henryk Pisek.

Dr. J. Bronstein. **W sprawie tępienia szczurów zapomocą prątka Danysza.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1901. Nr. 34). Po uprzedniem przekonaniu się, iż prątek Danysza nie jest szkodliwy dla zwierząt domowych, autor przeprowadził doświadczenia z tym prątkiem na 60-ciu szczurach, podając im go w jedzeniu, lub zastrzykując podskórnie. Na podstawie tych doświadczeń autor dochodzi do wniosku, iż rzeczywiście prątek Danysza może być stosowany z dobrym wynikiem do tępienia szczurów; winno się jednakże zwracać uwagę na gatunek szczurów, gdyż hodowla wzmocniona przy przeprowadzaniu jej n. p. przez białe szczury, działa należycie tylko na szczury białe, podczas gdy inne gatunki są na nią dość odporne. Celem więc wytępienia szczurów w pewnej miejscowości, autor radzi wzmacniać hodowlę przez szczury, pochodzące z tejże miejscowości, i dopiero wtedy stosować do wygubienia szczurów.

Gliński.

Dr. Lucyan Bolack i Dr. H. Bruns. **Ropień pochewki mięśni prostych brzucha w przebiegu duru brzusznego.** (*Deutsche medic. Wochs.* 1901, Nr. 35). Autorowie opisują przypadek duru brzusznego u 26-letniego mężczyzny, u którego w 4-tym tygodniu choroby wytworzył się ropień w prawem podbrzuszu o obrysach, odpowiadających przebiegowi mięśnia prostego brzucha; w dwa tygodnie później wytworzył się podobny ropień w lewem podbrzuszu. Pierwszy z tych ropni po nacięciu i wypuszczeniu ropy rychło się wygoił; drugiego ropnia nie nacinano, tutaj po upływie czterech tygodni nastąpiło wessanie. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na wynik szczegółowego badania bakteryologicznego, które wykazało w ropie wypuszczonej z pierwszego ropnia czystą hodowlę prątka durowego, a więc podobnie, jak to ma miejsce w innych

okolicach ciała przy durze i tutaj ropienie powstało na tle prątka durowego. Wytworzenie się tych ropni w obrębie mięśni prostych brzucha objaśniają autorowie z jednej strony mniejszą jadowitością prątka durowego w okresie zdrowienia chorego, z drugiej zaś strony — zmianami anatomicznemi w mięśniach prostych brzucha w durze brzusznym (zwyrodnienie woskowate, krwotoki) i ztąd pewną skłonnością tkanki do tego rodzaju spraw. W końcu zwracają uwagę autorowie na względnie dobrotliwy przebieg spraw ropnych na tle prątka durowego i radzą z tego względu nie spieszyć się zbytnio w takich razach z zabiegiem operacyjnym. *Dr. Gliński.*

Fischer. **Dwa przypadki zgorzeli karbolowej.** (*Münchener med. Wochs.* 1901, Nr. 32). Przypadki te dotyczyły dwóch braci, u których rozwinęła się zgorzel piątego palca lewego, względnie drugiego prawego, po owinięciu go płótnem, umaczanem w karbolu. Zgorzel rozwinęła się w 48, względnie 72 godziny. Skaleczenie było w obydwóch przypadkach bardzo nieznaczne i w obydwóch okazało się koniecznem odjąć dwa końcowe człony. Kwasota płynu, w którym zamaczane były kawałki płótna, wynosiła 1,7%. Z powodu tego, że zgorzel ta spostrzegana była jednocześnie u dwóch braci, i że wystąpiła po względnie słabym rozczynie kwasu karbolowego, autor wyraża zdanie, czy tutaj nie trzeba przyjąć pewnej rodzinnej idyosynkrazyi do kwasu karbolowego.

Dr. Teofil Zalewski.

Haenel. **O leczeniu ran.** (*Münch. med. Wochs.* 1901, Nr. 32). Antyseptyka znana już była przed 2500 laty. Autor obecnie od lat 10-ciu operuje i opatruje rany, gdzie tylko się da aseptycznie. Dokładne przeprowadzenie odkażenia rąk ułatwia staranne ich pielęgnowanie. Autor byłby za używaniem rękawiczek nieprzepuszczalnych, szczególnie przy operowaniu w jamach ropiejących, lub przy badaniu miejsc zakażonych. Nadto wskazanem jest unikanie dotykania zakażonych rzeczy nietylko bezpośrednio przed operacyą, lecz i w życiu codziennem. Ręce po dokładnem obmyciu mydłem i szczotką myje w wyskoku. Doświadczenia, jakie przeprowadził, wykazały, że w 5% otrzymano wyjałowienie rąk zupełne.

Do podwiązek i szwów używa teraz tylko jedwabiu, choć mówi, że już podczas samego nakładania podwiązek i szwów jedwab łatwiej się z rąk zakaża, niż katgut lub drut, gdyż powierzchnia nici jedwabnych jest mniej gładka. Ropienie koło podwiązek i szwów jedwabnych jest dowodem, że ręce były źle wyjałowione, a jedwab jest kontrolerom naszej aseptyki rąk. Przy dłużej trwających operacyach radzi przed zakładaniem podwiązek i szwów ręce ponownie odkazić.

Co do leczenia ran ropiejących, to i w tych przypadkach unika przepłókiwania, a ogranicza się do zapewnienia wydzielinie jak najlepszego odpływu; zwraca uwagę na częste zmienianie opatrunku. Jeżeli tamponuje ropiejącą ranę gazą jodoformową, to nie w tem przekonaniu, że ta gaza będzie tamowała rozwój bakteryj w ranie, ale w mniemaniu, że będzie powstrzymywała rozkład wsiąkniętej do gazy wydzieliny. Różę przyranną spostrzegał w 0,11% przypadków leczonych. *Dr. Teofil Zalewski.*

Lohsse (Magdeburg). **Przypadek znacznego przemieszczenia serca ku stronie prawej w następstwie marskości płuca prawego.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 34, 1901). Rozpoznanie oparł autor na następujących danych: Z wywiadów i dawniejszych wiarogodnych badań zostało stwierdzonem, że u badanego chorego był dolny płat prawego płuca zmieniony gruźliczo; to samo płuco prawe jest w całości skurczone skutkiem bliznowatego stwardnienia tkanki łącznej; — skurczenie to jest nader znamiennie rozwinięte i stoi w ścisłym związku z przemieszczeniem serca. Dalej zostało stwierdzone zlepne zapalenie opłucnej, o którem wiadomo, że prawie z reguły towarzyszy przewlekłem skurczeniu się płuc i prawdopodobnie także odgrywa niepoślednią rolę tak przy przemieszczeniu serca, jak i przy ogólnych zmianach kształtu klatki piersiowej. Na zasadzie zaś badania przedmiotowego (bezwzględne, nader oporne stłumienie odgłosu wypukowego po stronie prawej z tyłu, dołu i z boku i drżenie zupełnie zniesione) można wywnioskować, że rzeczywiście istnieją opłucnowe naloty. Również wyraźne i w oczy bijące jest zaklęśnięcie ściany klatki piersiowej po stronie prawej i z dołu, jakoteż znaczne zwężenie przetworów międzyżebrowych po tejże samej stronie, w porównaniu z ich wypukleniem po stronie lewej; ostatnia okoliczność, wraz z innemi, wskazuje na rozedmę zastępczą. Wreszcie, po stronie lewej jest zupełny brak stłumienia odgłosu wypukowego, odpowiadającego granicom i położeniu serca; brak zupełny tonów sercowych i uderzenia koniuszkowego; — prześwietlanie lewej strony klatki piersiowej nie stwierdza ani śladu cienia serca. Natomiast można po stronie prawej wyraźnie stwierdzić przytłumienie odgłosu wypukowego, odpowiadające sercu, — tony sercowe i tętnienie; również i prześwietlanie po stronie prawej dało wynik dodatni. Serce więc było *in toto* przemieszczone. Nadmienić nadto wypada, że zaburzeń w krążeniu nie było. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. Egon Ranzi. **Przyczynek do etyologii ropni wątrobowych.** (*Wiener klin. Wochs.* 1901, Nr. 34). W zakładzie anatomii patologicznej Prof. Weichselbauma badał autor bakteryologicznie przypadek, dotyczący 62-letniego mężczyzny, u którego sekcya wykazała kamienie żółciowe, porozszerzanie przewodów żółciowych skutkiem uwięznięcia kamienia we wspólnym przewodzie żółciowym i liczne ropnie wątroby; te ostatnie dały powód do wytworzenia się ropnia podprzeponowego i ogólnego ropnego zapalenia otrzewnej. Badanie bakteryologiczne ropy z trzech ropni w wątrobie, z ropnia podprzeponowego, oraz z jamy brzusznej, wreszcie badanie treści woreczka żółciowego, wykazało wszędzie czystą hodowlę prątka z otoczką, którego zachowanie się w hodowlach, cechy morfologiczne, oraz działanie na zwierzęta przemawiają za tem, iż autor miał do czynienia z prątkiem Friedländera (*bacillus pneumoniae Friedl.*); prątki te autor wykazał również (mikroskopowo) w wątrobie i w ścianach woreczka żółciowego, oraz w brodawkowatych wyroślach na zastawce dwudzielnej. Zdaniem autora, zakażenie prątkami Friedländera dróg żółciowych nastąpiło od strony dwunastnicy, dokąd dostały się te prątki z pokarmami z jamy ustnej, gdzie, jak wiadomo, prątki te mogą przebywać, nie wywołując żadnych zmian. (Tłomaczenie to autora nie wydaje się przekonywającem: badanie bakteryologiczne treści jelitowej, oraz drobnowidowe ścian jelita, nie wykazało tam obecności prątków Friedländera; z drugiej strony badania lat ostatnich wykazują, iż rozmaite drobnoustroje, dostawszy się do woreczka żółciowego, mogą tam przebywać całemi latami, powodować stan zapalny błony śluzowej woreczka i w ten sposób usposabiać do tworzenia się kamieni żółciowych ze wszystkiemi ich następstwami. I u nas przed dwoma laty Dr. Droba [1]) opisał przypadek kamieni żółciowych, do wytworzenia się których dały podnietę prątki durowe, które w 17 lat po przebytym durze zostały wykazane zarówno w treści woreczka żółciowego, jak i w jądrze kamieni. Prawdopodobniejszem więc i w tym razie wydaje się przypuszczenie, iż zakażenie dróg żółciowych prątkami Friedländera nastąpiło przed trzema laty, w którym to czasie, jak podaje autor, chory miał przebyć zapalenie płuc. (*Przypisek referenta*). *Gliński.*

I. Wiener. **Objaw moczenia krwią** (*New-York Med. Jour.* 9 marca 1901 r. *Internat. Med. Magaz.* maj 1901). Jeżeli chory cierpi na moczenie krwawe, autor usilnie wyjaśnić:

I. Z której części dróg moczowych krew pochodzi? a do tego służą: 1) wywiady: *a*) wpływ dziedziczności, *b*) poprzednie cierpienia, *c*) wiek, *d*) czas w którym krew w moczu występuje, *e*) częstość i trwałość krwawienia, *f*) wpływ ruchu i zupełnego spokoju. 2) Badanie moczu: *a*) makroskopowe, *b*) chemiczne, *c*) drobnowidowe. 3) Badanie poszczególne narządów moczowych: *a*) cewki moczowej, *b*) gruczołu krokowego, *c*) pęcherza, *d*) nerek.

II. Co wywołuje krwawienie? *a*) jeżeli krew pochodzi z cewki moczowej, mamy do czynienia ze zwężeniem lub urazem; *b*) jeżeli z gruczołu krokowego — przerost, kamień lub nowotwór; *c*) z pęcherza — kamień, gruźlica, niezłośliwe i złośliwe nowotwory; *d*) jeżeli z nerek — najczęściej znajdujemy: kamienie, gruźlicę, guzy lub następstwa urazu. *St. Rudzki.*

T. Melrae. **Ból brzucha w durze brzusznym.** (*New-York Med. Jour.* 4 maja 1901, — *The Lancet* 1 czerwca, 1901). Autor opisuje wyniki spostrzegania 500 przypadków duru brzusznego (w klinice prof. Oslera) w kierunku istnienia bólu brzucha. W 206 przypadkach (41%) nie było ani bólu, ani nadczułości brzucha: w 72 — (14%) była tylko nadczułość bez bólu, w 222 — (45%) ból dawał się spostrzegać w różnych okresach choroby: w tej ostatniej gromadzie w 61 przypadkach ból był tylko na początku choroby, w 161 zaś (32%) w jej przebiegu. Rzecz ciekawa, że w pierwszej gromadzie (bez bólu i nadczułości) były przypadki z objawami, którym ból zwykle towarzyszy (odęcie, biegunka, krwotok); wogóle jednak przebieg duru u tych chorych był lekki; zejść śmiertelnych było 8. Ból brzucha na początku duru brzusznego może spowodować mylne rozpoznanie: jeżeli jednocześnie jest biegunka, a gorączki wielkiej niema, — można zapalenie jelit przypuszczać; jeżeli objawy brzuszne są ciężkie i mamy ograniczoną nadczułość, twardość itd. — mylnie można podejrzywać przebicie wyrostka robaczkowego, lub zapalenie otrzewnej. Błędy takie popełniono w czterech przypadkach autora. Warunki zjawienia się bólu brzucha w przebiegu duru brzusznego są jak najrozmaitsze; przyczyny mogą być następujące: 1) stany, nie mające nic wspólnego z główną chorobą: histeria, zapalenie opłucnej, zapalenie płuc,

[1]) »Przegląd Lekarski« 1899, Nr. 27 i 28.

przepełniony pęcherz moczowy, skurcze porodowe, miesiączka; 2) zaburzenia żołądka i jelit nie stanowiące powikłania duru, (spożycie pokarmów stałych wbrew poleceniom lekarza, silne wymioty, zatwardzenie, czasem zastosowanie enemy, najczęściej biegunka); 3) cierpienia brzuszne, nie będące w związku ze swoistą sprawą durową w jelitach: n. p. zapalenie wyrostka robaczkowego (nie durowe), zapalenie otrzewnej, wychodzące z narządów płciowych kobiecych, zapalenie pęcherzyka żółciowego, ropień wątroby i t. p., a najczęściej nadczułość śledziony; 4) bólowi towarzyszył krwotok z kiszek w 14-tu przypadkach z ogólnej liczby 36 tego powikłania; w pewnych przypadkach ból występował napadowo, w innych był bardziej stały; 5) ból od przedziurawienia jelit był spostrzegany w 13-tu przypadkach i zawsze w znacznym stopniu: ból ten w 10-ciu przypadkach występował nagle, w trzech natomiast przedziurawienie nastąpiło dopiero w kilka (5, 9 i 10) dni po napadzie bólu. U czterech chorych wymioty towarzyszyły bólowi. W trzech przypadkach chorzy odczuwali ból w narządzie rodnym; nagłe zjawienie się takiego bólu zawsze przemawia za przedziurawieniem jelit; 6) wreszcie w 70-ciu przypadkach (prawie $^1/_3$ ogólnej liczby) przyczyny bólu wykryć się nie udało: natężenie bólu u takich chorych bywało nieznaczne, trwałość niewielka; większość przypadków niczem nie wyróżniała się w swym przebiegu; — u pewnej jednak gromady były objawy bardzo podobne do tych, które spostrzegamy przy przedziurawieniu jelit: ból, twardość i t. d. Należy przypuszczać, że było tu jakieś zapalne powikłanie, nie dające się określić. *St. Rudzki.*

Prof. Dr. E. Küster. **Chirurgia nerek w XIX stuleciu.** *(Archiv Langenbecka* T. 64, Z. 3). Właściwa chirurgia nerek rozpoczyna się od roku 1869, kiedy to Gustaw Simon wykonał świadomie pierwszą nefrektomię. Powoli operacya ta coraz częściej bywała stosowaną, a dziś już mamy opisanych 1209 przypadków wycięcia nerki. W ostatnich latach zaznaczył się znakomity postęp w wynikach. Gdy bowiem pierwotnie liczono 44·63% bezpośredniej śmiertelności, dziś mamy tylko 16%. Na poprawę taką złożyło się wiele warunków. Do tych zaliczyć należy, między wielu innymi, najświeższą zdobycz na polu oznaczania wytrawności czynnościowej nerek. Do tego celu podał Achard błękit metylenu, Koranyi kryoskopię moczu i krwi, Mehring próbę floridzinową; inni zalecali oznaczanie ilościowe mocznika, chlorków i t. d. Praktyka wykazała, że do celów chirurgicznych nie wystarcza żadna metoda sama przez się. W każdym przypadku kombinować trzeba ureteroskopię z kryoskopią krwi i moczu i reakcyę potfloridzinową. W szczególnych i nader wyjątkowych przypadkach nie wystarczy i ta kombinacya, i wtedy trzeba się uciec do odsłonięcia nerek. W dalszym ciągu omawia autor z ogólnego, głównie historycznego stanowiska, poszczególne operacye dokonywane obecnie na nerkach. *Herman.*

W. Dubreuil. **O wypryskach ortoformowych.** *(La Presse médicale* 1901, Nr. 40). Pierwsi autorowie, którzy przeprowadzili badania nad ortoformem, podnosili jego nieszkodliwość i uśmierzający wpływ na bóle, któreto własności miały być w związku z jego nierozpuszczalnością. Już doświadczenia z jodoformem lub salolem, które również są nierozpuszczalne, dozwalały wątpić o nieszkodliwości ortoformu. D. opisuje trujące skutki stosowania ortoformu. Są to w pierwszym rzędzie wysypki rumieniowe, bądź ograniczające się do miejsca bezpośredniego zastosowania leku, bądź obejmujące mniejszą lub większą sąsiednią przestrzeń skóry, albo też uogólniające się na całem ciele. Niejednokrotnie prócz tych rumieni tworzą się pęcherzyki, a nawet większe pęcherze, zawierające treść surowiczą, pokrywające się potem strupkami. Wypryskom tym towarzyszy gorączka, wzmagająca się przy każdem nowem zastosowania ortoformu, aż do 39° C., oraz bóle głowy, brak apetytu, nudności i wymioty. Do wywołania zjawisk zatrucia wystarczy stosowanie ortoformu na skórę zdrową, nieowrzodziałą. Prócz powyższych wystąpić mogą wypryski, połączone ze wrzodami zgorzelinowymi, nader bolesnymi, które już dawniej opisywał Asam. Jedno ze spostrzeżeń autora jest tyle ciekawe, że ostry wyprysk, powstały pod wpływem ortoformu, został wyleczony mimo ciągłego dalszego stosowania tego przetworu. *Dr. M. Blassberg.*

Dr. Huschenbett. **O ulepszonej metodzie zakładania opatrunków na złamane udo lub podudzie.** *(Ctrbl. f. Chir.* Nr. 24, 1901). Aby zapobiedz niekorzystnym wpływom na stawy (a zwłaszcza staw kolanowy) długiego ustalania, H. wycina w opatrunku gipsowym, w dole podkolanowym, odpowiednią elipsę, ponad rzepką zaś przecina gips prostolinijnie. Następnie opaskami maczanemi w szkle wodnem, przymocowuje do gipsu dokładnie przystosowaną szynę żelazną, opatrzoną w zawias w linii stawu kolanowego. Opatrunek ten ustala kończynę dokładnie i umożliwia zginanie kolana. *Herman.*

VI. Sprawozdanie z 25-go zjazdu niemieckiego Towarzystwa dla higieny publicznej, odbytego w Trewirze.

Napisał

Dr. Leonard Bier.

(Dokończenie).

Pragnąc skutecznie zdążać do poprawy mieszkań ludności uboższej, należy pracę tę, zdaniem Stübbena, rozpocząć od zebrania dokładnych liczb statystycznych. Wzorem statystyki pod tym względem są prace ankiet w tej sprawie miast Bazylei i Berna szwajcarskiego, obok wypracowań urzędów statystycznych wielu miast niemieckich. Ujemny dla zdrowia i moralności wpływ mieszkań zwalczać należy przez poprawę istniejących już mieszkań i budowę nowych. — a do poprawy złego winna stanąć nietylko działalność prywatna, lecz i zarządów miejskich, oraz władz policyjnych: pierwsze dwie środkami prywatnymi, ostatnia zakazami i przymusem. Działalność prywatna, wykonywana przez poszczególne osoby lub stowarzyszenia *»Wohnungsvereine«*, powinna wziąść sobie za cel wspieranie pieniężne rodzin robotniczych, obarczonych znacznem potomstwem, a ekonomicznie podupadłych; dążyć ona powinna do dostarczenia im mieszkań obszerniejszych i zdrowszych, zaopatrzenia w łóżka i parawany w mieszkaniach wspólnych dla różnych płci, przyzwyczajać ich do czystości choćby pod groźbą utraty wsparcia. Inna strona działalności tej polega na wykupnie starych niezdrowych budynków i ich przebudowie, odpowiadającej warunkom zdrowia i taniemu czynszowi, pod warunkiem utrzymania wzorowej czystości. Ten rodzaj działalności szczególnie jest rozpowszechniony w Anglii. Do takich stowarzyszeń przystępować winny zarządy miejskie z pewnym kapitałem, jakkolwiek właściwa ich działalność na tem polu polegać powinna na wprowadzeniu organizacyi policyjnej mieszkań, samodzielnem wykupywaniu budynków niezdrowych i na ułatwianiu budowy mieszkań tanich i małych. Przy budowie tanich mieszkań gminy miejskie winny ułatwiać działalność przedsiębiorców prywatnych, tak co do nabywania tanich gruntów pod budowę, jakoteż ulgi w samej budowie. Środkiem do tego są odpowiednie ustawy budowlane. Zwyczaj budowania wielkich domów ze znaczną ilością mieszkań, nawet na gruntach tanich, a ztąd wynikająca większa korzyść finansowa ze znacznego wyzyskania gruntu, spowodowały, że grunta nietylko miejskie, ale i podmiejskie znacznie podniosły się w cenie; z tego powodu wynika większa cena mieszkań, gorsze ich warunki dla ludności uboższej. Pragnąc zapobiedz nadmiernemu wyzyskowi ziemi, a równocześnie otrzymać w mieście mieszkania tanie i zdrowe dla ludności mniej zamożnej, należy w ustawach budowlanych przyjąć za zasadę, że w nowych dzielnicach i ulicach budować można tylko domy mniejsze na znaczniejszym obszarze. Naturalnie, że dla środka miasta i dla dzielnic starszych, gdzie cena placów budowlanych oddawna jest stale wysoką, zasady tej dla prostych względów ekonomicznych wprowadzać nie można. Jednolita ustawa budowlana pod względem wysokości budynków, stosunku obszaru zabudowanego do obszaru wolnego, jedna i tasama dla dzielnic starych i nowych, jest zasadniczym błędem w racyonalnej gospodarce miejskiej. Drugą zasadą, którą dla ułatwiania budowy tanich mieszkań wprowadzić należy do ustawy budowlanej miast większych, jest ułatwienie i uproszczenie przepisów policyi budowlanej dla małych mieszkań. Ułatwienia te i uproszczenia odnosić się winny do grubości murów, urządzenia klatki schodowej, wysokości pokoi i t. d. Na uproszczenia te, ułatwiające budowę tanią, zgodzić się można tylko dla domków małych, zawierających do czterech mieszkań. W koszarach tych należy zastosować ściślejsze przepisy budowlane, szczególnie co do oświetlenia schodów i korytarzy, urządzenia wychodków oddzielnych dla każdej rodziny, pojemności przestrzeni mieszkalnej i t. d. Innym środkiem dla ułatwienia budowy mieszkań tanich jest uwzględnienie potrzeby tych mieszkań przy układaniu planu dalszego rozwoju miasta. Trzeba tu zwracać uwagę nietylko na szerokość ulic, zastosowaną do wysokości mających powstać domów, ale także na głębokość parceli budowlanych, aby w ten sposób z jednej strony zapobiedz na przyszłość budowie oficyn, nadmiernemu wyzyskaniu gruntu i podwyższeniu cen mieszkań, a z drugiej strony ułatwić zakupno małych parcel ludności niezamożnej, pragnącej posiadać dom własny. Mimo znacznych ułatwień w budowie, nie można się jednak spodziewać, by przedsiębiorcy prywatni zaspokoili całkowicie potrzebę mieszkań małych. Dla pokrycia tej potrzeby przystąpić powinny do budowy mieszkań Towarzystwa, zajmujące się poprawą stosunków społecznych i pracodawcy. I tu, na tem polu, Niemcy poszczycić się

mogą znacznym postępem. W samej prowincyi nadreńskiej istnieje 90 przeszło Towarzystw i miast, budujących tanie mieszkania dla robotników, urzędników niższych itd. W mieszkaniach tych uwzględniono ile możności wszystkie wymagania zdrowia, jak o tem przekonać się było można z licznych planów domów, przesłanych Stübbenowi do demonstracyi uczestnikom Zjazdu. Składają się one z dwóch do czterech pokoi, prócz kuchni, komory na poddaszu, gdzieniegdzie stajenki i pralni. Pracodawcy przyczyniać się winni do poprawy mieszkań swych robotników, bądź przez budowę dla nich mieszkań, bądź przez odstępowanie im gruntu za niżką cenę i udzielanie taniego kredytu na budowę. Referat swój zakończył Stübben apelem, aby tak państwo, jak zarządy miast, stworzyły robotnikom swoim i niższym warstwom urzędniczym lepsze warunki dla zdrowia i na tem polu były przykładem dla pracodawców prywatnych.

Trzeci referent powyższego tematu, Adickes, wyjaśnił kwestyę mieszkań ze stanowiska politycznego. Według niego, w sprawie tej pojawił się objaw dodatni. Partya socyalistyczna, stojąca do niedawna na stanowisku Engla, (który pragnął ludność roboczą oderwać od ziemi i gromadzić w miastach, aby w ten sposób przyczynić się do zmiany obecnego porządku społecznego) i trzymająca się zdala od pracy podjętej w kierunku poprawy mieszkań, partya ta stara się teraz członkom swoim dostarczyć mieszkań zdrowych. Obecnie zatem i te warstwy społeczne, którym najwięcej dolega brak mieszkań zdrowych, same usiłują czynnie usunąć braki w tym względzie. Celem zapobieżenia spekulacyi na gruntach budowlanych należy zaprowadzić podatek znaczny przy ich sprzedaży; dla tego też powodu, jak również dla zachowania stosownych cen placów budowlanych, miasta winne zakupywać znaczne przestrzenie, i tym sposobem, bądź przez sprzedaż, bądź przez wynajem pod budowę na lat wiele (na wzór Anglii), normować ceny. Niestety, jednak ta jedynie rozsądna gospodarka gruntami miejskimi nie znajduje dostatecznego poparcia w autonomicznych zarządach miast niemieckich. W końcu swego referatu podniósł Adickes, że starać się należy nietylko o zdrowe małe mieszkania dla robotników, ale także i dla stanu średniego, który dla sprawy mieszkań więcej okazuje zrozumienia, więcej odczuwa potrzebę w tym kierunku, aniżeli ludność robotnicza.

W bardzo ożywionej dyskusyi, wywołanej powyższymi referatami, objaśniał Olshausen, inspektor urzędu budowlanego w Hamburgu, działalność prywatnych stowarzyszeń budowlanych w tem mieście. Burmistrz z Dessau, Ebeling, podniósł fakt, że nietylko w większych, ale i w średnich i małych miastach, mieszkania ludności uboższej są w bardzo wielkiej liczbie niezdrowe i przepełnione, — co wymaga znacznej poprawy. Jako środek, wiodący ku poprawie, zaleca miastom, posiadającym znaczną ilość gruntów, wynajem ich pod budowę za małym czynszem. Prof. Erismann przedstawił wyniki ankiety mieszkaniowej miasta Zurychu, z których wynika, że tylko 25% mieszkań w tem mieście jest niezdrowych i przepełnionych. Brandts z Düsseldorfu zaleca wskazane przez Adickesa środki zaradcze, zaś Prausnitz, nawiązując do referatu swego z dnia poprzedniego, podnosi potrzebę urządzenia dobrych spiżarń w mieszkaniach ludności uboższej.

Po kilku przemówieniach, niezawierających nic uwagi godnego, przewodniczący Stübben zamknął Zjazd mową pożegnalną.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Zarząd warszawskiego Towarzystwa higienicznego przesyła nam do ogłoszenia:

Kwestyonaryusz w sprawie epidemiologii zakażenia zimniczego (malaryi) w naszym kraju, z uwzględnieniem nowej teoryi o szerzeniu się jego przez ukąszenie komarów, opracowany przez Wydział biologiczny Towarzystwa higienicznego w Warszawie.

1. Warunki klimatyczne danej miejscowości (ilość wód bieżących, stojących, bagien i t. d.); nizkie, wysokie położenie miejscowości.

2. Czy w danej miejscowości zdarzają się przypadki malaryi, jak często i o jakim typie?

3. W którym miesiącu są one najczęstsze?

4. W jaki sposób stwierdzane bywa rozpoznanie malaryi (badanie krwi, chinina, typowy przebieg)?

5. Jakie bywa zejście przypadków malaryi (wyleczenie, charłactwo, i t. p.)?

6. W jakim wieku ludzie zapadają najczęściej w danej miejscowości na malaryę?

7. Zajęcie pacyentów, czy pozostają na powietrzu po zachodzie słońca, w nocy, lub przed wschodem słońca?

8. Czy w danej miejscowości bywa wiele komarów i w jakich miesiącach pojawiają się one w ilościach większych?

9. Czy daje się anamnestycznie wykazać związek pomiędzy zachorowaniem na malaryę i ukąszeniem przez komary? (Okres wylęgania malaryi trwa 2—3 tygodni).

Uprasza się o dołączenie do przysłanych informacyj szkiełek z preparatami krwi chorych malarycznych, oraz słoika z okazami komarów danej miejscowości.

Uwaga I. Co do chwytania komarów: 1. komary najlepiej chwytać po zachodzie słońca w miejscowościach bagnistych, wilgotnych, ocienionych. 2. Łapanie najlepiej uskuteczniać zapomocą siatek muślinowych, lub pozwalając komarom siadać na ubraniu, lub na rękach. 3) Komary, łapane na powierzchni ciała, mogą być bezpośrednio zamykane do słoików, postawionych dnem do góry ponad komarem; wówczas komar ulatuje ku górze, a otwór słoika zasłania się kartą. 4. Komary z siatek należy przenosić z największemi ostrożnościami do słoików, bacząc, aby nie uszkodzić skrzydeł, nóg i uzbrojenia gęby owadów. 5. Słoiki do przechowywania komarów powinny być najdokładniej wysuszone. 6. Zabijanie komarów w słoikach najlepiej uskuteczniać zapomocą pary benzyny: korek, który ma zatykać słoik, owija się w tym celu flanelą, zmoczoną w benzynie, poczem dopiero zatyka się słoik i stawia w suchem miejscu. Skrapiać benzyną komarów nie należy. 7. Ponieważ komary po pewnym czasie rozkładają się, przeto należy je odsyłać do badania możliwie niedługo po schwytaniu.

Uwaga II. Co do robienia preparatów krwi: 1. szkiełka przykrywkowe powinne być zupełnie czyste, wymyte wodą, alkoholem i eterem, absolutnie suche. Chuchania na szkiełka należy unikać. 2. Krew można brać z palca lub z ucha, oczyściwszy przedtem dokładnie powierzchnię ukłócia wodą z mydłem, spirytusem, eterem. 3. Kłóć trzeba cienką igłą, uprzednio przepaloną. 4. Kropla krwi powinna być bardzo mała; do niej lekko dotykamy środkiem szkiełka, na którem zostanie nieco krwi. To szkiełko kładziemy wówczas na drugie i nie uciskając rozsuwamy. Krew się rozłoży cienką warstwą na obu szkiełkach. Suszymy szkiełka na powietrzu w słonecznem miejscu, bacząc, aby nie zostały zanieczyszczone, co najlepiej uskutecznić, pokrywając szkiełka kloszem, szklanką i t. p. Takie przedwstępne suszenie trwa 15—30 minut, poczem należy włożyć szkiełka do pudełeczka z watą i w niem wysłać do ostatecznego zbadania. Do preparatów krwi należy dodawać kartkę z napisem, czy chory, od którego pochodzi krew, chorował na malaryę o typie trzeciaczkowym, czwartaczkowym, lub nieregularnym. Krew należy brać od chorych, którym nie dawano chininy i jej przetworów.

Odpowiedzi na powyższy kwestyonaryusz, oraz posyłki Rada uprasza o nadsyłanie do kancelaryi Towarzystwa Higienicznego *(ulica Krakowskie Przedmieście Nr. 66 w Warszawie)*.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 26 września.

* Uniwersytet warszawski według »Warszawskiego Dniewnika« zamierza zaproponować prof. Julianowi Kosińskiemu powrót na katedrę chirurgii operacyjnej, którą opuścił przed dwoma laty, z powodu dojścia do prawem zakreślonej liczby lat służby, a na dalsze pięciolecie zaproszony nie był.

* Austryaccy dentyści wystosowali do kolegium profesorów podanie, w którem uskarżali się na to, że ministeryum spraw wewnętrznych udziela od czasu do czasu technikom dentystycznym takich praw, które wkraczają w ich atrybucye. Kolegium profesorskie zwróciło się z przedstawieniami w tej sprawie do ministerstwa oświaty, które odpowiedziało, że już od dnia 2 kwietnia b. r. ministerstwo spraw wewnętrznych postanowiło nie wydawać więcej tego rodzaju upoważnień technikom dentystycznym.

* Jeden z lekarzy wiedeńskich wpadł w długi. Dwóch z jego wierzycieli spowodowało zajęcie mebli w saloniku, który był jednocześnie poczekalnią lekarza. Gdy wreszcie miano przystąpić do licytacyi.

adwokat niewypłacalnego dłużnika zażądał wstrzymania licytacyi, a to ze względu na to, że poczekalnia dla lekarza jest niejako częścią jego warsztatu zawodowego, bo bez poczekalni nie jest możebne przyjmowanie chorych w domu. Powody te sąd uznał za zupełnie uzasadnione i licytacyę wstrzymał.

* »Związek lekarzy wiedeńskich« rozpoczął swoją działalność i na pierwszem po wakacyjnem posiedzeniu wyraził swoje oburzenie Drowi Keilowi, że, pomimo zobowiązania do solidarności, złamał słowo i przyjął posadę przy Kasie chorych na warunkach, które przez »Związek« uznane były za nieprzyjmowalne.

* Prof. Zimmer, zwiedzając liczne zakłady dla obłąkanych, zauważył, że wśród chorych na umyśle znajduje się niestosunkowo wiele nauczycielek. Zebrał on w tym względzie daty statystyczne w Austryi, Niemczech, Szwajcaryi i Rosyi, z których wynika, że na 80 do 90 kobiet chorych na umyśle przypada jedna nauczycielka. W Prusiech, podług Zimmera, zapada na choroby umysłowe cztery razy więcej nauczycielek, niż innych kobiet; jeszcze gorzej rzecz się ma z dziewczętami, przygotowującemi się do stanu nauczycielskiego, których zachorowuje na pomięszanie zmysłów 10 razy więcej, niż kobiet innych.

* Sekretaryat XIII międzynarodowego Zjazdu lekarskiego, który się odbył w Paryżu 1900 r., ogłasza, że Komitet wydawniczy Zjazdu ukończył swą działalność, t. j. wydał 17 tomów sprawozdań sekcyjnych i jeden tom sprawozdania ogólnego. Byli członkowie tego Zjazdu, którzy nie otrzymali jeszcze zamówionych tomów sprawozdań, mają się zgłosić do firmy Masson et Cie (Paryż, 120, Boulevard St. Germain). Reklamacye po 31-go grudnia b. r. uwzględniane nie będą.

* XIV-ty Kongres chirurgów francuskich rozpocznie się w Paryżu dnia 21 października.

* Po Japonii na arenę naukowo lekarską występuje nowożytny Egipt: prócz mającego się odbyć w przyszłym roku Kongresu lekarzy egipskich, założono w Aleksandryi wydawnictwo czasopisma lekarskiego »L'Egypte médical«.

* Jeden z lekarzy berlińskich założył rekurs od wymiaru stopy podatkowej, a szło mianowicie o to, że nie uwzględniono mu w rubryce »wydatki« kwoty, wydanej na zakupno książek, należących do piśmiennictwa zawodowego. Władza rekurs odrzuciła, motywując swoje orzeczenie tem, że »zakupno książek nie przyczynia się bezpośrednio do zarobkowania i zabezpieczenia dochodu z praktyki lekarskiej, a tylko służy do tego, żeby utrzymać lekarza na wysokości postępującej wiedzy i uzdolnić go do zastosowania nowych metod leczniczych«. Zdawałoby się, że te motywa z całą konsekwencyą przemawiają za uwzględnieniem wydatków na książki, skoro te uznane zostały za potrzebne do postępu wiedzy zawodowej lekarza i umiejętności jego zastosowania nowych metod leczniczych, rozstrzygających jak wiadomo, o powodzeniu lekarza i o zdolności jego do płacenia podatków. Krętacka ta sofistyka władzy poucza nas jednego, że historyczny młynarz nie mógłby dziś z odcieniem dumy twierdzić, że »są jeszcze sędziowie w Berlinie«, dodajmy sędziowie logiczni.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Zygmunt Kowalski mianowany został lekarzem zakładu karnego w Wiśniczu. Dr. Rosenberg mianowany profesorem zwyczajnym w Marburgu. Dr. Peters powołany został na katedrę okulistyki w Rostoku. Dr. Hamburger mianowany prof. fizyologii w Groningen. Dr. Pontoppidan mianowany profesorem sądowej medycyny w Kopenhadze.

Nekrologia. Dr. Jan Wain, emerytowany c. k. lekarz powiatowy, członek Tow. lekarskiego galicyjskiego, b. członek Izby lekarskiej w Krakowie, b. radny miejski i obywatel miasta Krosna, przeżywszy lat 75, zmarł w Karlsbadzie dnia 24 sierpnia b. r. Ś. p. Dr. Wain odbył w Wiedniu studya lekarskie, które ukończył roku 1849; po powrocie do kraju praktykował początkowo w Jaśle, następnie był kolejno fizykiem w Nisku, Buczaczu i Krośnie. Wzniosłemi zasadami i pięknem życiem zdobył sobie powagę u publiczności, a wielki szacunek i przyjaźń wśród kolegów. Zwłoki zasłużonego męża spoczęły w rodzinnym grobowcu w Krośnie. Dr. Rubio y Giles prof. fizyologii zmarł w Sevilli. W Paryżu zmarł w 80 roku życia Dr. Stefani, b. profesor bakteryologii. W Atenach zakończył życie znakomity chirurg Galvanis.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Nr. 17. Flatau i Koelichen: O zapaleniu rdzenia. (c. d.). Neugebauer: Kilka słów o powtarzaniu się obojnactwa wrzekomego w jednej i tej samej rodzinie (c. d.).

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 8. Zieliński: O protetycznem leczeniu braków podniebienia. Łepkowski i Wachholz: O zębach pod względem sądowo-lekarskim.

— *Gazeta lekarska* Nr. 38. Bernhardt: Jeszcze o wielolicznych samoistnych mięsakach barwnikowych skóry. Wielowieyski i Kopytowski: Przyczynek do kliniki i do zmian anatomo-patologicznych w skórze czy »pityryasis rubra Hebrae« (c. d).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 38. Heveroch: Transitorni postparoxysmálni paraplegie u epileptiků (dok.). Wiesner: Diaetotherapeutický význam vody (c. d.). Zelený: Otrava praeparáty bromowými.

— *La Presse médicale* Nr. 74. Debove: Leczenie rozszerzenia żołądka za pomocą gastroenterostomii. Mailland: Gościec gruźliczy. — Nr. 75. Marandon de Montyel: Zaburzenia i zniekształtnienia źrenicy u obłąkanych. Lenoble, Caraes i Le Bot: Zwyrodnienie torbielowate nerki u płodu. — Nr. 76. Roger i Weil: Zgorzel dobrotliwa powiek. Macquaire: Doświadczenia nad mechanizmem powstawania cukrzycy t. zw. »pośnej«. Gottschalk: Leczenie ran.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 38. Schloffer: O leczeniu operacyjnem podwójnego zwężenia żołądka. Elgart: O samoistnym i objawowym bólu mięśniowym. Berdach: Dwa przypadki »Stromeyerowskiego złamania kości ze zwichnięciem«.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 38. Hegar: O gorączce połogowej. Heinz: Środek zaradczy przeciw chorobie morskiej. Lüthje: Przyczynek do nauki o cukrzycy pochodzenia nerkowego. Heusner: O łamaniu kości i przyrządach do tego służących. Jochmann: Zapalenie szpiku kostnego w przebiegu duru brzusznego. Kelling: Tamponowanie jamy brzusznej powietrzem w celu wstrzymania grożącego życiu krwotoku wewnętrznego. Hölscher: O różnicy odczynu histologicznego prątka gruźliczego od innych analogicznych, nieodbarwiających się pod wpływem kwasów. Frédéric: W sprawie wyprysku. Paul i Sarvey: Badania doświadczalne nad odkażaniem rąk (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 38. Sonnenburg: Zapalenie wyrostka robaczkowego i jego łączność z urazem. Michaelis i Wolff: O limfocytach. Walbaum: Zajmujący przypadek nabytego przemieszczenia serca ku stronie prawej. Buch: Oznaczenie granic narządów w jamie piersiowej, w szczególności żołądka i jelita grubego, zapomocą opukiwania, osłuchiwania i transonacyi. Lubiński: Przyczynek do nauki o ostrem ropnem zapaleniu ochrzęstnej przegrody nosowej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 38. Fraenkel: Uwagi nad zapobieganiem gruźlicy i odosobnianiem suchotników. Türk: Etyologia białaczki t. zw. limfatycznej. Thorner: Badanie dna oka za pomocą steoroskopu. Aron: O wdychiwaniu tlenu (dok.) Joseph: Zastosowanie wyciągania przy garbie, spowodowanym chorobą Potta (dokończ.)

Redakcya otrzymała: Żukowski: *Cascara sagrada* przy zaporach u dzieci. Krokiewicz: Beitrag zur Lehre vom Aneurysma aortae.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.